



Р.С. Шевченко, М.А. Селезнев,
О.П. Брек, О.О. Брек

Харьковский национальный
медицинский университет

© Коллектив авторов

ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ, РАНЕЕ ОПЕРИРОВАННЫХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Резюме. Проведен анализ условий успешного выполнения лапароскопической холецистэктомии при желчекаменной болезни у больных ранее перенесших оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Изложенная методика выполнения лапароскопической холецистэктомии позволила улучшить результаты хирургического лечения.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, оперированные больные.

Вступление

В настоящее время лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) широко внедрена в мировую хирургическую практику и является «золотым стандартом» в лечении желчекаменной болезни (ЖКБ), что обусловлено ее малой травматичностью, хорошим косметическим эффектом и быстрым восстановлением трудовой деятельности пациентов [2, 7, 9].

Несмотря на успехи эндовидеохирургии в лечении ЖКБ, многие авторы считают ранее перенесенные операции (особенно на верхних отделах брюшной полости) противопоказанием к выполнению ЛХЭ [3, 5, 6, 8, 10]. Это связано с техническими сложностями выполнения ЛХЭ у данной категории больных, что, в первую очередь, обусловлено «слепым» введением троакаров, высоким риском повреждения внутренних органов вследствие спаечного процесса.

Количество больных с ЖКБ, ранее перенесших оперативное вмешательство на верхнем этаже брюшной полости, составляет 12–16 % [1, 6, 9, 11]. Выполнение таким больным повторной лапаротомии усугубляет спаечный процесс брюшной полости и увеличивает вероятность развития послеоперационных грыж [4].

Целью нашего исследования явился анализ технических условий успешного выполнения ЛХЭ у больных, оперированных на органах брюшной полости.

Материалы и методы исследований

За период 2008–2010 г. на базе хирургического отделения 17 городской клинической многопрофильной больницы г. Харькова ЛХЭ по поводу ЖКБ выполнена 18 больным, ранее перенесших верхне–срединную лапаротомию. Женщин было 15, мужчин 3. Возраст больных варьировал от 24 до 60 лет. Острый калькулёзный холецистит диагностирован у 3 (16,6 %) больных, хронический – у 15 (83,4 %).

Из 18 больных, у 3 (16,6 %) верхне–срединная лапаротомия выполнялась по поводу про-

бодной язвы двенадцатиперстной кишки (выполнялось иссечение язвы + ваготомия); у 1 (5,5 %) – выполнена резекция желудка по Бильрот II по поводу язвенной болезни, осложненной острым желудочно-кишечным кровотечением, у 2 больных (11,2 %) в анамнезе операция по поводу спаечной кишечной непроходимости после аппендэктомии; у 4 (22,4 %) – грыжесечение по поводу грыжи белой линии живота, у 3 (16,6 %) – грыжесечение по поводу пупочной грыжи (пластика по Мейо); у 2 (11,2 %) – по поводу тупой травмы живота с разрывом селезенки (спленэктомия); у одного больного (5,5 %) лапаротомия выполнена по поводу проникающего ножевого ранения в живот с повреждением брыжейки тонкого кишечника. Один больной (5,5 %) перенес лапаротомию по поводу острого жирового панкреонекроза с наложением контактной холецистостомы и у одного больного (5,5 %) была выполнена операция Гартмана с выведением сигмостомы.

Сроки перенесенных ранее лапаротомий колебались от 3 до 20 лет. У 4 больных (22,2 %) наблюдались вправимые послеоперационные вентральные грыжи верхнего отдела брюшной стенки (ширина грыжевых ворот была в границах от 3 до 8 см). Всем этим больным, одномоментно, выполнена пластика передней брюшной стенки проленовой сеткой.

Комплекс обследований больных включал клинические, лабораторные, функциональные и инструментальные методы обследования (рентгенография грудной клетки, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия).

Оперативное вмешательство проводилось по следующей методике. Под эндотрахеальным наркозом, отступив на 1 см выше пупка выполнялось иссечение старого п/о рубца длиной до 3–4 см с иссечением кожи, подкожной жировой клетчатки до появления рубцово-изменённого апоневроза. Последний прошивали



в поперечном направлении двумя капроновыми нитями-держалками и максимально подтягивали в операционную рану. Под контролем зрения апоневроз продольно рассекался на протяжении 4 см. Частично тупым и острым путем производилось проникновение в брюшную полость с разделением имеющегося спаечного процесса. После подтверждения доступа в свободную брюшную полость, через дефект апоневроза вводили 10 мм троакар для лапароскопа, вокруг которого накладывали несколько узловых швов в продольном направлении с целью герметизации брюшной полости. После наложения карбоперитонеума, производили ревизию органов брюшной полости. При наличии спаечного процесса в классических точках для введения троакаров, последние вводились в любую свободную часть брюшной полости и под видеоконтролем производился адгезиолиз. При этом у 2 больных (11,1 %) были выявлены плотные спаечные сращения между передней брюшной стенкой и петлями тонкого кишечника.

Далее производилась переустановка троакаров для продолжения операции. Изменение топографоанатомических соотношений втянутых в спаечный процесс органов, обуславливали необходимость постоянного тщательного гемостаза в течение всей операции.

Результаты исследований и их обсуждение

Из 18 больных только у 8 (44,4 %) спаечный процесс верхнего этажа брюшной полости был незначительно выражен. Из них 4 больных (22,2 %) ранее перенесли грыжесечение по поводу грыжи белой линии живота; 3 больных (16,6 %) – по поводу пупочной грыжи и один больной (5,5 %) после операции Гартмана. В этой группе больных выполнена ЛХЭ практически без особенностей. Продолжительность операции колебалась от 50 до 70 мин.

У 7 больных (38,8 %) спаечный процесс брюшины имел место как в точках классического введения троакаров, так и в правом подреберье. В эту группу вошли 3 больных (16,6 %), перенесшие операции по поводу прободной язвы, один больной (5,5 %) – после резекции желудка по Бильрот II; 2 больных (11,1 %) оперированных по поводу спаечной непроходимости и один больной (5,5 %) – по поводу острого жирового панкреонекроза с наложением контактной холецистостомы. При выполнении ЛХЭ спаечный процесс между желчным пузырём, большим сальником и правой долей печени отмечался практически у всех больных. У 3 больных (42,8 %) в спаечный процесс была втянута двенадцатиперстная кишка и передняя брюшная стенка и у 2 больных (28,6 %) поперечно-ободочная кишка. В основном это были плоскостные спайки, которые

разделялись без особых трудностей, особенно когда визуализировалось дно желчного пузыря. Выполняя поэтапную тракцию желчного пузыря, снизу вверх, удавалось достаточно легко выделить его стенку и верифицировать элементы гепатодуоденальной связки. Выполнение ЛХЭ в этой группе больных занимало от 80 до 100 мин.

У 3 больных (16,6 %) выполнение ЛХЭ было осложнено из-за выраженного спаечного процесса между передней брюшной стенкой, желудком, правой долей печени именно в проекции постановки верхнего троакара (10 мм.). Из них, у 2 больных (11,1 %) в анамнезе лапаротомия по поводу тупой травмы живота с разрывом селезенки и у одного больного (5,5 %) – по поводу проникающего ножевого ранения в живот с повреждением брыжейки тонкого кишечника. Адгезиолиз оказался невозможным из-за плотности сращения. В связи с этим мы отошли от классической методики постановки троакаров из 4 точек и ЛХЭ выполнялась двумя рабочими инструментами. Заканчивали операцию адекватным дренированием правого подреберья. Средняя продолжительность операции составила 120 мин.

В послеоперационном периоде у 2 больных (11,1 %), перенесших ЛХЭ по поводу острого калькулёзного холецистита, осложнённого перепузырным инфильтратом отмечалось кратковременное (3–4 дня) подтекание желчи по дренажу брюшной полости (до 100 мл в сутки). В двух (11,1 %) наблюдениях имело место поступление по дренажу крови (до 80 мл.), которое остановилось после проведения гемостатической терапии на четвертые сутки.

Активизация больных происходила через 18–20 часов после операции. Физическая активность восстанавливалась через 14 дней. Время пребывания на стационарном лечении в среднем составила 6,2 койко-дня.

В наших наблюдениях конверсия потребовалась у 3 больных (14,3 %). У двух она была обусловлена вовлечением в спаечный процесс петель тонкого кишечника и передней брюшной стенки по ходу послеоперационного рубца (в анамнезе лапаротомии по поводу разлитого гнойного перитонита: у одного больного на фоне гангренозно-перфоративного аппендицита, а у второго – перфорации воспалительной опухоли сигмовидной кишки). Обоим больным выполнена холецистэктомия из мини-доступа. И у одного больного при разделении инфильтрата в правом подреберье произошла десерозация стенки поперечно-ободочной кишки. При расширенной лапаротомии диагностирован пузырно-кишечный свищ. Больному выполнена холецистэктомия и иссечение свища.

**Выводы**

1. Лапароскопическая холецистэктомия является операцией выбора у больных, перенесших ранее оперативные вмешательства на органах брюшной полости, однако техническая сложность адгезиолиза обуславливает необходимость выполнения этого вмешательства опытным хирургом.

2. У больных, ранее оперированных по поводу внутрибрюшных кровотечений и разлитого перитонита, выраженность спаечного процесса сопровождалась большими трудностями в разъединении, что является показанием к выполнению у данной категории больных холецистэктомии из мини-доступа.

3. Частота местных осложнений после проведения ЛХЭ у данной категории больных не отличается от результатов стандартной ЛХЭ. Наиболее частыми осложнениями являлись желчеистечение (11,1 %) и кровотечение из ложа желчного пузыря (11,1 %), которые разрешились консервативно.

4. Малая травматичность операции, снижение риска развития спаечной кишечной непроходимости, снижение сроков пребывания больного на стационарном лечении, быстрое восстановление физической активности – факторы в пользу выполнения ЛХЭ у данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Березняков И.Г.* Внутрибольничные инфекции. Лекции для врачей / И.Г. Березняков. – Харьков: изд-во «Константа», 2001. – 50 с.

2. *Бобров О.Е.* Лапароскопическая технология холецистэктомии при остром холецистите / О.Е. Бобров, Ю.С. Семенюк, Н.А. Мендель // *Хірургія України.* – 2004. – № 4. – С. 111 – 118.

3. *Гербали О.Ю.* Особенности пластики у больных с грыжами передней брюшной стенки при simultанных операциях / О.Ю. Гербали // *Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения.* – Симферополь: ИУ, КГМУ, 2007. – Т. 143, ч. 5. – С. 336 – 337.

4. *Жебровский В.В.* Критерии классификации и современные принципы хирургического лечения послеоперационной грыжи брюшной стенки / В.В. Жебровский, Ф.Н. Ильченко // *Клін. хірургія.* – 2003. – № 7. – С. 25 – 29.

5. *Жебровский В.В.* Осложнения в хирургии живота / В.В. Жебровский. – М.: МИА, 2006. – 445 с.

6. *Запорожченко Б.С.* Диагностические, тактические и технические аспекты лапароскопической хирургии острого холецистита / Б.С. Запорожченко, И.Е. Борода-

ев, О.А. Велюра // *Экспериментальна і клінічна медицина.* – 2004. – № 3. – С. 181 – 182.

7. *Лупальцов В.И.* Выбор метода оперативного лечения больных с острым холециститом. / В.И. Лупальцов, И.А. Дехтярук // *Харківська хірургічна школа: матеріали науково практичної конференції хірургів.* – 2006. – № 3. – С. 118 – 119.

8. *Лупальцов В.И.* Опасности, ошибки и осложнения при лапароскопических операциях по поводу острого холецистита / В.И. Лупальцов, С.С. Мирошниченко // *Клін. хірургія.* – 2007. – № 5 – 6. – С. 30 – 31.

9. *Одномоментные simultанные хирургические операции с применением лапароскопической техники при остром холецистите* / М.А. Каштальян, Н.В. Мищенко, В.Ю. Шаповалов, М.М. Каштальян // *Клін. хірургія.* – 2007. – № 5 – 6. – С. 27 – 28.

10. *Спосіб simultанної лапароскопічної холецистектомії та відкритої алопластики грижі живота* / О.В. Чиньба, В.Г. Яцентюк, В.О. Дубенец, О.В. Мамонов // *Хірургія України.* – 2009. – № 3. – С. 52 – 55.

11. *Zacks S.L.* A population-based cohort study comparing laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy / S.L. Zacks, R.S. Sandier, R. Rutlege, R.S. Brown // *Am J. Gastroenterol.* – 2002. – Vol. 97, № 2. – P. 334 – 340.

**ОСОБЛИВОСТІ
ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ
ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ
У ХВОРИХ, РАНІШЕ
ОПЕРОВАНИХ НА ОРГАНАХ
ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ**

*Р.С. Шевченко,
М.А. Селезньов, О.П. Брек,
О.О. Брек*

Резюме. Проведений аналіз умов успішного виконання лапароскопічної холецистектомії при жовчнокам'яній хворобі у хворих, що раніше перенесли оперативні втручання на органах черевної порожнини. Викладена методика виконання лапароскопічної холецистектомії дозволила поліпшити результати хірургічного лікування.

Ключові слова: лапароскопічна холецистектомія, оперовані хворі.



FEATURES OF LAPAROSCOPIC
CHOLECYSTECTOMY IN
PATIENTS PREVIOUSLY
OPERATED ON THE
ABDOMINAL ORGANS

*R.S. Shevchenko,
M.A. Seleznev, O.P. Breck,
O.O. Breck*

Summary. The analysis of the conditions for successful laparoscopic cholecystectomy for cholelithiasis in patients previously had undergone surgery on the abdominal organs is conducted. The method of laparoscopic cholecystectomy improved the results of surgical treatment.

Key words: *laparoscopic cholecystectomy, surgery patients.*